

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD:_____ SEXO:_____ NACIONALIDAD:_____

DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____

TELÉFONO: _____ CEL. MAMÁ: _____ CEL. PAPÁ: _____

GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR Rh: (___)

OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N° _____ TEL: _____

- VACUNAS (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con una X)

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	Hepatitis
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	Hemofilia
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	

Otras: _____

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____

Traumatismos / fracturas _____

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

¿Cómo lo evita? _____

¿Sufre de diabetes? _____ ¿Tiene problemas de coagulación? _____

¿Toma algún medicamento? _____

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

Buenos Aires,.....

APTO FISICO

Certifico haber examinado a DNI.....
Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del **Instituto Orsino (A-759)**

Buenos Aires,..... del mes de..... de 20.....

.....
Firma del Profesional

.....
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

.....
Firma y aclaración de Madre

.....
Firma y aclaración de Padre